



Formulario de Consentimiento para el Programa de Salud Dental

Estimados padres,

Su hijo(a) puede obtener **gratis** los selladores dentales en la escuela. Este programa es para estudiantes de 2^{do} grado con probabilidad de seguimiento en el 3^{er} grado. Este programa ayuda detener las caries dentales. Solo un proveedor dental le hará un reviso dental a los dientes de su niño(a). No se tomarán rayos X. El proveedor dental decidirá cuales dientes posteriores deben ser sellados. Los dientes se cubren con un sellador de plástico. Los selladores evitan la entrada de alimentos y bacterias que causan las caries. ¡Los selladores son seguros, no duelen, son sencillos de aplicar y detienen las caries! Por favor, llene este formulario **hoy**. **Su hijo(a) tiene que devolver este formulario a su maestro(a)**. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al 813-373-8665. Los niños sin seguro dental, incluyendo el Medicaid, estarán cubiertos por el Departamento de Salud de Florida en el Condado de Hillsborough. Los niños identificados como necesitando servicios de seguimiento dental serán referido a un hogar dental (proveedor dental).

POR FAVOR MARQUE SI O NO

Sí, quiero que mi hijo(a) reciba un reviso dental, aplicación de fluoruro, y selladores dentales (si fuere aplicable).

No, no doy permiso para mi hijo(a) estar examinado por un proveedor dental por la razón siguiente: _____

Nombre del Niño(a): _____ **Sexo:** M F

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

Dirección: _____

#Casa Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Mes/ Día /Año

Número de teléfono de la casa o celular: _____ **Nombre de la Escuela:** _____

Raza: ____ Blanco ____ Negro/Afro-Americano ____ Asiático ____ Indio Americano/Nativo de Alaska
____ Nativo Hawaiano/Islands del Pacífico ____ Dos o más razas ____ Otra ____ No Respuesta

Etnicidad: ____ Hispano/Latino ____ No Hispano/Latino ____ No Respuesta

Nombre del Padre/Madre o Tutor Legal: _____

¿Su hijo(a) tiene Medicaid? Sí No Número de Medicaid de su hijo(a) _____

¿Su hijo(a) tiene otro seguro dental? **Sí No** Escriba seguro aquí _____

1. ¿Su hijo(a) padece de asma? **Sí No**

2. ¿Su hijo(a) padece de alguna enfermedad grave o tiene alergias al acrílicos/plásticos? **Sí No**

Si contestó **Sí**, por favor explique cuál _____

3. ¿Su familia tiene un dentista? **Sí No** Nombre del Dentista _____

Yo, autorizo a Tampa Family Health Centers, Inc. o Suncoast Community Health Centers, Inc., a brindar atención dental a mi hijo(a) en la escuela. Este cuidado dental puede incluir: un reviso dental, selladores, fluoruro y una visita potencial de seguimiento en el 3^{er} grado para la retención y reemplazo de los selladores. En mi nombre y/o el paciente, yo autorizo a los proveedores de servicios dentales a recibir pago del cualquier seguro o tercer pagador que cubre los servicios prestados a este paciente. Los servicios se prestarán a todos los niños sin costo alguno para los padres. Yo autorizo que los resultados del reviso dental sean compartidos con el Departamento de Salud de Florida en el Condado de Hillsborough. Estos servicios no son un sustituto para un examen dental completo por un dentista. El diagnosis de caries, enfermedades de las encías, cáncer oral, trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ) o maloclusiones dentofaciales estará completado por un dentista solo en el contexto de proveer un examen dental completo. Por favor, consiga un examen dental regular para su hijo(a).



Firma de padre/madre o tutor legal para verificar que la información anterior es verdadera y correcta.

Fecha: _____